Lane Medical Library

Zur Casuistik der Bauchdecken-Geschwülste.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Universität Greifswald

am

Sonnabend, den 2. März 1889

Vormittags 11 Uhr

öffentlich verteidigen wird

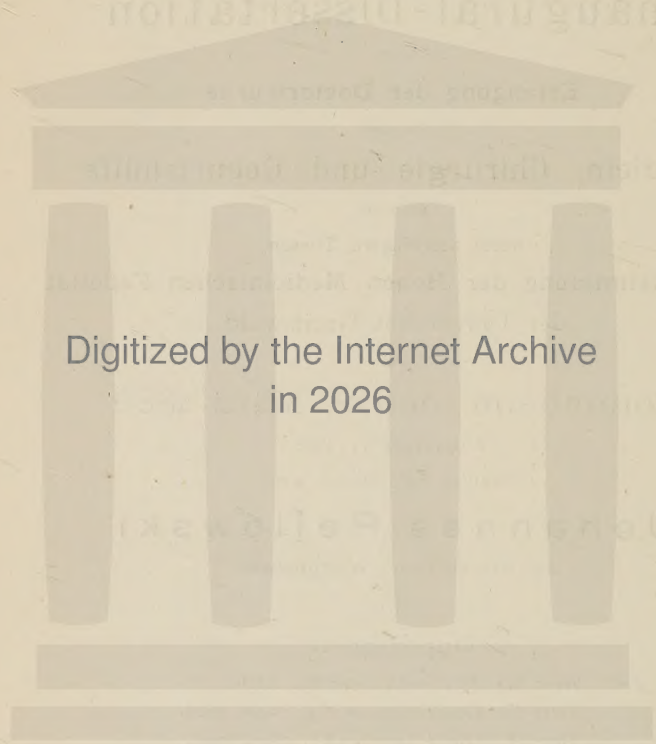
Johannes Pellowski

aus Berent, Prov. Westpreussen.

Opponenten:

Herr Br. Wysocki, prakt. Arzt.
Herr St. Chachamowicz, cand. med.
Herr T. von Ulatowski, cand. med.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1889.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0045

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Wir finden in der Litteratur erst um das Jahr 1850 einige wenige Fälle aufgezeichnet, wo es sich um Geschwülste der Bauchdecken und deren Exstirpation handelt. Der erste, welcher in dieser Zeit zwei solcher Fälle operierte, war B. Langenbeck[1]) in Berlin, von denen der eine einen glücklichen, der andere einen letalen Ausgang hatte. Zwei weitere von Santesson beobachtete und glücklich operierte Fälle fallen in die Zeit 1852 und 54. Auch in der französischen Litteratur erschien in der Gazette des Hôpitaux eine Abhandlung über „Tumeur péripelvienne", wo ein in der Klinik von Lavoyenne operierter Fall von Bauchdeckengeschwulst mitgetheilt wird, erst um das Jahr 1869. Die Angabe, dass Gosselin der erste gewesen sei, welcher auf diese Gschwülste aufmerksam gemacht habe, ist, soweit ich mich aus den verschiedensten Abhandlungen, die diesem Gebiete angehören, informieren konnte, eine unrichtige. Bouchacourt soll allerdings einen Fall von Bauchdecken-Tumoren veröffentlicht haben.

Der Grund für die nur spärlichen Mitteilungen

[1]) Dieselben sind in der „Deutschen Klinik" Jahrgang 1850 veröffentlicht.

mag wohl einesteils darauf beruhen, dass die Neubildungen in den Bauchdecken an und für sich nur eine seltene Erscheinung sind, andernteils aber in der vorantiseptischen Zeit wegen der grossen Gefahr, die Bauchhöhle zu eröffnen, man die Laparotomie durch medikamentöse Behandlung einfach umging, oder nur partielle Exstirpationen ausführte. Auf diese Weise konnte dann allerdings keine Einsicht und klares Bild über die Ursprungsstätte, Charakter etc. der Bauchdecken-Tumoren herbeigeführt werden.

Erst im Laufe der beiden letzten Jahrzehnte ist durch genauere Beobachtungen und Veröffentlichung solcher Fälle etwas mehr Licht in dieses Gebiet gekommen und den Bauchdecken-Geschwülsten ein erhöhtes Interesse zugewandt worden. So haben nächst Suadicani[1]), Guerrier und anderen hauptsächlich Grätzer[2]) und Herzog[3]) eine grössere Anzahl von Fällen gesammelt und in ihren Arbeiten auch die Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und operative Behandlung der Bauchdecken-Geschwülste eingehend beschrieben.

Das höchste Verdienst in dieser Beziehung jedoch gebührt Sänger[4]), welcher gelegentlich der Veröffentlichung mehrerer von ihm operierter Fälle zum

[1]) Über Geechwülste der Bauchdecken und deren Exstirpation. Kiel 1875.

[2]) Die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand. — Breslau 1879.

[3]) Über Fibrome der Bauchdecken. — München 1883.

[4]) Archiv für Gynaekologie. Bd. XXIV.

ersten Male eine Einteilung der Bauchdeckengeschwülste gegeben und sämmtliche bisher publizirten Fälle systematisch geordnet und klassifiziert hat. Nach ihm haben wir als Ursprungsstätten der Bauchdecken-Tumoren zu betrachten:

1. Das subkutane Zellgewebe.
2. Das Perichondrium und Periost der Rippen und des Beckens. (Von Nélaton als „Tumeur fibreuses de la crête iliaque" bezeichnet).
3. Die Aponeurosen der Bauchmuskeln.
4. Die Muskeln selbst.
5. Das properitoneale Bindegewebe.
6. Das Peritoneum.

Zur Begründung dieser seiner Einteilung giebt uns Verfasser in seiner Abhandlung — Über desmoide Geschwülste der Bauchwand etc. Seite 32 und 33 — eine Zusammenstellung von 41 Fällen, wobei er einzeln deren Sitz und Ursprung angiebt. Wir ersehen aus seiner ausführlichen Darstellung, dass die 3. Gruppe — Aponeurosen — die reichste an Fällen ist. Sie zählt nämlich allein 25 Fälle, während auf die 5 übrigen Gruppen je einer oder zwei Fälle kommen, im ganzen 16; wobei noch zu bemerken ist, dass 5 von den letzteren wegen unsicherer Angabe ihres Ursprunges auch in die 3. Gruppe eingereiht werden könnten.

Wenn nun bei dieser Klassifikation, wie L. Fürst [1]) ganz richtig hervorhebt, nur auf den Sitz und Ursprung der Bauchdecken-Tumoren Rücksicht genommen, dem pathologisch - anatomischen Charakter aber hiebei garnicht Rechnung getragen wird, so lässt sich dieses insofern erklären, als die Casuistik der Bauchdecken-Geschwülste zur Zeit noch zu wenig verwertbares Material aufzuweisen hat.

Es ist demnach vor der Hand das Richtigste und Vorteilhafteste, derartige Fälle zu beobachten, zu veröffentlichen und dabei durch vorhergehende pathologisch-anatomische Untersuchungen auch den verschiedenartigen Charakter dieser Geschwülste eingehender zu berücksichtigen.

Zu diesem Zwecke sei es auch mir gestattet, zwei von mir während der letzten zwei Semester beobachtete und in der hiesigen Königlichen Geburtsklinik mit Erfolg operirte Fälle mitzuteilen.

Fall I.

Marie Rauch, 21 Jahre alt, aus Grimmen, ist bis auf ihr jetziges Leiden immer gesund gewesen. Mit 14 Jahren wurde sie zum ersten Male menstruiert. Die Menstruation stellte sich bis zum 18. Jahre regelmässig ein. Von da ab wurde sie unregelmässig, dauerte etwa 5 Tage und war spärlich, jedoch ohne Schmerzen und Störung. Die letzte Menstruation war

[1]) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. Bd. XIV.

vor 14 Tagen. Geburten hat Patientin nicht überstanden.

Status praesens vom 12. VII. 88.

Patientin ist von gracilem Bau, gesunder Gesichtsfarbe und gut genährt. Der Appetit ist schlecht, Urin normal, Stuhlgang gleichfalls normal. Sie klagt über eine Schwellung im linken Hypochondrium, die beim Festbinden der Röcke schmerzt. Dieselbe ist in den letzten Wochen sehr schnell gewachsen, während sie vor einem Jahre nur erst ein haselnussgrosser harter Knoten war, der am linken Rippenbogen localisiert war.

Die bimanuelle Untersuchung ergiebt nichts besonderes. Bei der äusseren Untersuchung zeigt sich im linken Hypochondrium, etwa an der Linea alba beginnend und bis zur Mammillarlinie nach links, von dem Rippenbogen bis 3 Finger breit unter den Nabel reichend eine längliche flache Erhebung von unregelmässiger Oberfläche. Die Geschwulst ist weich, elastisch, bietet an einzelnen Stellen deutliche Fluctuation und ist auf Druck empfindlich. Entsprechend den inscriptiones tendinaeae des musc. rectus, längs dessen oberen Teil die Geschwulst verläuft, befinden sich deutliche quere und sattelförmige Einsenkungen. Die Geschwulst ist fest mit den Bauchdecken verwachsen, nicht verschiebbar. Sie lässt sich an ihren Grenzen gut umgreifen, aber von ihrer Unterlage nicht abheben. Percussionsschall über derselben gedämpft. Sonst bietet das Abdomen nichts auffallendes.

Drüsenschwellungen sind nicht vorhanden. An der Aussenseite des rechten Unterschenkels befindet sich ein handtellergrosser, schwarzpigmentierter Naevus.

Es wird am 13. VII. eine Punktion des Tumors vorgenommen. Dieselbe ergiebt ausser Blut einzelne Gewebsbröckel. welche bei der mikroskopischen Untersuchung teils grosse runde vielkörnige, teils spindelförmige Zellen, sowie sehr reichliche Blutgefässe enthalten, sodass mit Rücksicht hierauf und auf sein schnelles Wachstum, Konsistenz und Sitz die Diagnose „Sarcom der Bauchdecken wahrscheinlich vom hinteren Blatt der Scheide des musc. rect. abdom. sinistri ausgehend" gestellt wurde.

Therapie: Exstirpation der Geschwulst. Dieselbe wird am 16. VII. 88 unter penibelster Anwendung aller antiseptischen Cautelen in Chloroform-Narkose in folgender Weise ausgeführt: Es wird ein Schnitt über die Länge der Geschwulst etwa 12 cm geführt, und die fibröse Kapsel freigelegt. Leider wurde diese eingeschnitten und es entleerten sich nun unter erheblicher Blutung massenhafte zerfallene und verfettete Geschwulstmassen, zum Teil bräunlich pigmentiert. Die Entfernung innerhalb der Kapsel erwies sich bald als unthunlich; es wurde daher der entstandene Hohlraum mit Jodoformgaze tamponiert, und die Kapsel in toto regelrecht exstirpiert. Hierbei musste unter recht erheblicher Blutung ein Stück Peritoneum, weil fest mit der Kapsel verwachsen, fast in der ganzen Ausdehnung der Geschwulst ex-

stirpiert werden. Doch liess sich ein Teil des Peritoneums der Seitenpartieen erhalten und durch die Naht zur Deckung des Defekts heranziehen. Die grosse innere von der Geschwulst durch teilweise Conservierung des Peritoneums entstandene Tasche wurde durch ein Knopfloch drainiert uud nach sorgfältiger Blutstillung genäht. Laparotomie-Verband.

Die bei der Operation genau vorgenommene Untersuchung bestätigte die Diagnose, dass der Tumor vom hinteren Blatt der Scheide des musc. rect. abdom. ausgegangen. Ebenso wird durch die nochmalige mikroskopische Untersuchung im hiesigen Königlichen pathologischen Institut festgestellt, dass es sich um ein Sarcom gehandelt hat.

Temperatur und Puls-Angabe.

1. Tag		2. Tag		3. Tag		4. Tag	
T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.
—	—	38,2	72	37,7	80	37,4	78
37,5	66	38,2	84	38,0	80	38,0	—
5. Tag		6. Tag		7. Tag		8. Tag	
T.	P.	T.	P.	T.	P.	T.	P.
37,0	—	37,8	—	37,5	78	37,2	—
38,0	—	37,7	—	37,7	—	37,6	—

etc.

Der Wundverlauf war unerwünschterweise kompliziert durch eine Eiterung der Stichkanäle, wodurch sich ein Abscess zwischen den Bauchdecken bildete, der sich erst langsam schloss.

Bei der Entlassung am 18. VIII. 1888 war die Wunde vollständig geschlossen. Ein Recidiv nicht zu bemerken.

Patientin ist, soviel ich jetzt erfahren konnte, vollständig wohl und im Dienste wiederum thätig, ohne bei der Arbeit im geringsten behindert zu sein.

Fall II.

Frau Türck, 40 Jahre alt, aus Levenhagen, giebt an, dass sie stets gesund gewesen. Ihre Regel, welche zum ersten Male mit 14 Jahren eintrat, war alle 4 Wochen ohne Störungen und Schmerzen verlaufen; sie dauerte 4—8 Tage. Die letzte Menstruation vor circa 4 Wochen. Patientin hatte 6 Geburten zu überstehen gehabt, davon 2 mit ärztlicher Hilfe. Die Wochenbette waren normal. Ihr jetziges Leiden datiert seit Juli ds. Js. Sie klagt über Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes, die zuerst ziemlich heftig waren, später jedoch nachliessen. Seit Anfang November bemerkte Patientin das Entstehen eines Tumors an der schmerzhaften Stelle, der zuerst die Grösse einer Wallnuss, dann die eines Hühnereies hatte und ziemlich schnell wuchs.

Status präsens vom 12. XII. 88.

Patientin ist von kleiner Statur, gracilem Bau, schlechter Ernährung und blasser Gesichtsfarbe. Der Appetit ist schlecht, der Stuhlgang angehalten, Urin normal. Bei der äusseren Untersuchung fallen die sehr schlaffen Bauchdecken auf, die stark gefaltet sind.

Der Bauch ist überall gleichmässig eindrückbar. An der rechten Seite nahe an der Linea alba und zum Teil über diese nach links ragend, befindet sich eine Geschwulst, die 18 cm lang, 14 cm breit und 6 cm tief ist. Über derselben ist die Bauchhaut teilweise ödematös und nur wenig verschiebbar. Der Tumor fühlt sich hart an, hat eine überall glatte Oberfläche, ist von rechts nach links mässig beweglich; ebenso lässt sich derselbe nach oben nur wenig verschieben. Man fühlt bei dieser Verschiebung einen derben Strang, der die Geschwulst in der Nähe der symphysis ossium pubis mit dem rechten horizontalen Schambeinast verbunden erscheinen lässt.

Bei der inneren Untersuchung findet man den uterus retroflectiert und etwas nach links gelagert, im übrigen normal. Bei tiefem Druck und Nachhilfe von aussen kann man den Tumor in den Bauchdecken fühlen.

Diagnose: Bauchdecken-Fibrom.

Therapie: Extirpation durch Laparotomie. Am 17. XII. 1888 findet nach den üblichen Vorbereitungen und strenger Desinfection des Operationsfeldes und der Instrumente die Operation statt. Es wird ein Schnitt gemacht in der Richtung vom Nabel zur Symphyse. Nach Durchschneidung der Haut kommt man sofort auf den Tumor, von dem die Haut stumpf abgelöst wird. Nach Durchtrennung des Peritoneums, welches mit der Geschwulst verwachsen ist, zeigt es sich, dass auch das Netz und an der unteren Fläche der

Darm — Colon ascendens — fest mit ihr verwachsen ist. Die erstere Verwachsung wird nach Anlegung zweier Ligaturen an der Kante des Tumors durchschnitten. Die letztere ist ziemlich derber Natur und muss teils stumpf, teils scharf abgelöst werden, wobei verschiedene kleinere Blutungen auftreten, die durch Klemms ebenso wie die ziemlich beträchtlichen Blutungen aus dem Tumor selbst gestillt werden. Darauf wird am oberen, unteren und rechten Rande der Geschwulst des Peritoneum durchschnitten. Der hierbei auftretenden, teils arteriellen, teils starken venösen Blutungen — art. et vena epigastr. infer. — werden provisorisch durch Klemms gestillt und dann teils umstochen, teils unterbunden. Nach Entfernung des Tumors aus der Bauchhöhle zeigt es sich, dass wegen des sehr grossen Defekts das Peritoneum nicht wieder zusammengenäht werden kann. Es wird deshalb die Haut, welche im Überschuss vorhanden ist, nach sorgfältiger Toilette des Bauches in 3 Etagen vernäht, sodass die hervorstehende Hautfalte ein hahnenkammartiges Aussehen erhält. Es liegen also die Gedärme, da ja auch die Muskulatur unter dem Tumor entfernt ist, dicht unter der Bauchhaut. Darauf wird die Patientin von Blut gründlich gereinigt und nach Anlegung des üblichen Verbandes, bestehend aus Jodoform, Jodoformgaze, Watte und Jute in ein erwärmtes Bett gelegt.

Trotzdem Patientin am folgenden Tage nach der Operation auf ein Wasserkissen gelegt wurde, stellte sich bei ihrer starken Abmagerung Decubitus ein,

welcher gleich energisch bekämpft wurde und daher nicht in die Tiefe ging. Die Länge betrug etwa 5 cm. Es ist daraus auch jedenfalls das Fieber zu erklären, welches sich in den ersten Tagen einstellte. Am 26. XII. wurden die Nadeln teilweise entfernt.

Temperatur- und Pulsangabe.

1. Tag:		2. Tag:		3. Tag:	
T.	P.	T.	P.	T.	P.
—	—	37,7	92	38,0	92
38,8	96.	38,0	92.	38,2	92.

4. Tag:		5. Tag:		6. Tag:	
T.	P.	T.	P.	T.	P.
37,7	96	37,1	84	36,6	72
38,4	96.	37,0	80.	36,5	72.

7. Tag:		
T.	P.	
36,3	64	etc.
36,6	64.	

Wie aus der oben angeführten Temperatur- und Pulstabelle ersichtlich ist, war der weitere Verlauf normal. Der Decubitus ging allmählich in Heilung über; die Kräfte nahmen sichtlich zu, und konnte Patientin nach Verlauf von 3 Wochen das Bett verlassen. Am Sonnabend den 12. Januar 1889 wurde Patientin mit einer passend angefertigten Leibbinde entlassen.

Bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung dieser Geschwulst, bei welcher mich zu unterstützen Herr Prof. Dr. Grawitz die Güte hatte, konnte trotz

mehrerer aufs Sorgfältigste ausgeführter Präparate ein eigentlicher Charakter für den Tumor nicht eruirt werden.

Der Befund hierbei war kurz folgender:

a. makroskopisch.

Eine breite Bauchdeckengeschwulst von derber Consistenz misst in die Länge 16 cm, in die Breite 10 cm, in die Tiefe 4—5 cm. Die Oberfläche sieht auf der den Bauchdecken zugekehrten Seite graugelb aus, und ist mit Blutgerinsel, Fett- und Bindegewebsteilen zahlreich überdeckt. Dazwischen sind rote Muskelfasern und intermuskuläre Bindegewebszüge deutlich erkennbar. Die der Bauchinnenfläche zugekehrten Seite hat ein braunrotes Aussehen und zeigt in der Mitte einen zungenförmigen dünnen Lappen, 4 cm lang, 3 cm breit, herrührend vom mit dem Tumor verwachsen gewesenen Netz. Unter der Insertionsstelle dieses Lappens befindet sich eine lose blutige Masse mit vielen Überresten von Bindegewebsfasern. Es ist dies die Stelle, an welcher der Darm auf eine etwa 2 Markstück grosse Circumferenz mit der Geschwulst verwachsen war.

Die Schnittfläche zeigt grau-weisse, etwas durchscheinende Farbe und ein derbes Gefüge, welches an einzelnen Abschnitten eine mehr als 2 cm dicke Schwiele bildet, in welcher kaum etwas anderes als graues fibröses Gewebe zu sehen ist. Diese Schwiele geht in die Peripherie, in die Interstitien der Muskeln über, im Centrum erscheint sie als die Begrenzung

einer erweichten teils grauen rahmartigen, teils grauroten mit Blut untermischten Substanz, welche ungefähr einen Heerd von 5 cm Durchmesser und $1\frac{1}{2}$ cm Dicke ausmacht. An dem Übergange von dieser Schwiele zu der erweichten Masse lässt sich schon mit blossem Auge erkennen, dass jene weiche centrale Höhle einen alten, vielfach mit verfettetem Eiter gefüllten Heerd darstellt, in dessen nächster Umgebung kleinere Eiterhöhlen auch in der Schwiele anzutreffen sind.

b. mikroskopisch:

Diesem Befunde entsprechend, ergibt sich bei mikroskopischer Untersuchung in der Peripherie der ganzen derben Bildung fibröses Gewebe, welches sich überall zwischen die Bündel der quergestreiften Muskelfasern einschiebt. Weiter nach dem Kerne, dem als Schwiele bezeichneten Abschnitte zu, verschwinden die Muskelfasern ganz und ist nichts als Bindegewebe mit vereinzelt eingestreuten Fettläppchen übrig geblieben. Nach dem Centrum zu wird das fibröse Bindegewebe zellenreicher, und findet sich eine reichlichere Entwickelung von kleinsten Blutgefässen. Der Bau geht in den des Granulationsgewebes über; der weiche Inhalt besteht aus ein- und mehrkernigen Eiterzellen mit etwas Blut vermischt.

Die einzige etwa zulässige Annahme ist, dass es sich hier um ein Fibrom handeln könnte, aber auch dagegen scheint der Umstand zu sprechen, dass die jüngsten zellenreichen Proliferationen nicht in der

Peripherie, sondern mehr in der Mitte der Geschwulst zu finden sind.

Sonst ist an keiner Stelle ein Gewebe aufzufinden, welches mit Sicherheit den Charakter einer bestimmten Geschwulst rechtfertigen könnte.

Dieser pathologisch-anatomische Befund nun, auf welchen, wie ich es bereits betont habe, bei der Veröffentlichung von Bauchdeckengeschwülsten in Zukunft ganz besonders Rücksicht genommen werden muss, bietet uns zweierlei Annahmen. Entweder handelt es sich hier um einen alten Abscess, oder um ein in Vereiterung übergegangenes Fibrom.

Für die erste Annahme jedoch sprechen gar keine anamnestischen Momente, denn die Patientin gibt an, dass sie an keinen Entzündungserscheinungen an dieser Stelle wie auch überhaupt im Unterleib, am Darm oder dem Urogenital-Apparat gelitten habe. Sie ist stets gesund gewesen und waren ihre Geburten von keinen fieberhaften oder irgendwie ihr Befinden beeinträchtigenden Folgeerscheinungen begleitet.

Für die letztere Annahme, welche die wahrscheinlichere ist, spricht erstens der ganze Verlauf des Wachstums dieser Neubildung, ferner der Sitz und Ursprung derselben, dann die ganze Anamnese (vgl. St. 9) und endlich die klinischen Erscheinungen, welche sich teils bei der Untersuchung, teils bei der Operation zeigten.

Wie dem nun auch sei, so ersehen wir gerade hieraus, wie wichtig es ist, den pathologisch-anatomischen Charakter dieser Art von Geschwülsten mit in Betracht zu ziehen, und dürfte dieser Fall auch für differentialdiagnostische Zwecke von nicht zu unterschätzendem Werte sein.

Im Anschluss an die nunmehr mitgeteilten Fälle möchte ich noch Einiges über deren Sitz, Verlauf, Charakter, Ätiologie, Symptome, Prognose, Diagnose und Therapie in Kürze anführen.

Wie aus den meisten und namentlich von Sänger mitgeteilten Fällen, so geht auch aus unseren beiden Fällen hervor, dass die Bauchdecken-Tumoren mit Vorliebe an der hinteren Scheide des musc. rect. abdominis und der Aponeurose des musc. obliqu. extern. ihren Ursprung nehmen. Bei weiterem Wachstum dehnen sie sich mit ihrer Basis in grösserer Fläche über die Fascie aus, während der Geschwulstkörper in die Muskeln hineindringt. Hierbei werden letztere sekundär teilweise verdünnt, teilweise vollständig atrophisch. —

Je nachdem nun das mit dieser Geschwulst behaftete Individuum eine dünne und schlaffe, oder eine dicke und resistente Bauchdecke besitzt, wird dementsprechend die Geschwulst bald eine mehr runde, bald eine mehr ovale und abgeflachte Form annehmen. Das Wachstum besteht nach Grätzer „in der Neubildung der faserigen Intercellularsubstanz, welche relativ stärker ist, als die Vermehrung der

Zellen." So finden wir denn auch beispielsweise bei älteren Fibroiden die Zellen in sehr geringem Masse vertreten, während das Bindegewebe prävaliert.

Die Grösse, welche diese Geschwülste erreichen, ist je nach der Zeitdauer und je nach ihrem Charakter eine verschiedene. Die meisten übersteigen wohl kaum den Umfang eines Kindskopfes, doch sind Fälle bekannt, wo die Bauchdecken-Tumoren Manneskopfgrösse erreicht haben (cf. St. 27).

Der Charakter der Tumoren ist, wie aus Sängers[1]) Zusammenstellung — es sind unter 73 Fällen nahe an 60 reine Fibrome — hervorgeht, meistens ein gutartiger, doch beweist unser erster Fall und die von Esmarch, Billroth, Sklifossowsky u. s. w. dass auch maligne Tumoren, wie Sarcome, Fibrosarcome etc. an dieser Stelle vorkommen. In einzelnen Fällen sind dann auch Recidive eingetreten und führten dieselben durch Metastasenbildung zum tödtlichen Ausgange, wie beispielsweise der von Spiegelberg operierte Fall[2]), wo nach qualvollem Ende, welches die Patientin traf, bei der Section es sich herausstellte, dass die ganzen Beckenorgane mit Sarcommassen durchsetzt waren, die zu einer Perforation nach der Scheide und dem Mastdarm zu geführt hatten.

---

[1]) Archiv St. 30.

[2]) Deutsche medizinisese Wochenschrift. X. Jahrgang 1884. Nr. 15 (Bruntzels Abhandl.).

Eine merkwürdige Erscheinung bei den Bauchdecken-Tumoren ist die, dass dieselben überwiegend bei Frauen vorkommen, während Männer nur in sehr geringer Anzahl davon befallen werden. Gleich im Eingange seiner Abhandlung giebt uns Sänger einen kurzen Überblick über das Verhältnis bei beiden Geschlechtern, welches ich hier kurz beifügen will. „Grätzer zählte unter den 38 von ihm zusammengestellten Fällen nur 5 Männer"; Guerrier unter 44 nur 2 Männer. Sämmtliche in letzter Zeit publizierten Fälle, wie 4 von Herzog, 2 von Sklifossowsky, 3 von Sänger, je einer von Fürst und Bruntzel, sowie meine beiden Fälle betreffen Frauen. Der Grund hierfür mag wohl darin zu suchen sein, dass die Muskulatur bei Männern eine straffere ist, als bei weiblichen Individuen. Ausserdem tritt noch das eine Moment, hinzu, dass sich diese Geschwülste meistens bei solchen Frauen vorfinden, die bereits zu wiederholten Malen Entbindungen überstanden haben.

Daher veranlasste letztere Eigentümlichkeit dieser Tumoren, um auch einen kurzen Blick auf die Ätiologie zu werfen, mehrere Verfasser wie Herzog, Volkmann und Ebner zu der Ansicht, dass die Bauchdecken-Geschwülste aus partiellen oder totalen Rupturen des musc. rect. abdom. hervorgehen, wobei die hierdurch bedingten Blutextravasate hauptsächlich eine Rolle spielen. Diese Ansicht dürfte auch für diejenigen Fälle annehmbar sein, wo es sich um ein Trauma handelt. So wird in dem 2. Falle

von Sklifossowsky „ein Schlag vom Pferdehuf" als vorausgegangene Ursache angegeben. In einem anderen, von Fürst angeführten Falle, handelt es sich um einem „Stoss gegen eine Tischkante."

Hierbei drängt sich nun die Frage auf, wie man die Ätiologie derjenigen Bauchdecken-Tumoren erklären will, wo kein direkter oder indirekter Insult stattgefunden hat? — Für diese Fälle hat nun Grätzer die Cohnheim'sche Theorie der embryonalen Anlage[1]) herangezogen und in sehr geschickter Weise das häufige Vorkommen der Geschwülste bei Mehrgebärenden erklärt. Er nimmt an, dass der embryonale Keim nur einer gewissen Anregung, wie solche bei Schwangeren durch den „affluxus sanguinis" statthaft, bedarf, um sich zu entwickeln und zu wachsen. Ein begünstigendes Moment für die rapide Zunahme werde ferner bedingt durch die Dehnung der Bauchdecken bei wiederholter Gravidität, wodurch die physiologische Widerstandsfähigkeit derselben vermindert, und das Wachstum der so in Entwickelung gelangten Geschwulst befördert wird. Auch den häufigen Ausgangspunkt von dem hinteren Scheidenblatt des musc. rect. abd. erklärt Grätzer auf folgende Weise:

„Im Embryo sind ja der motorische Apparat und das Darmrohr anfänglich durch ein Blatt, das Mesoderm repräsentiert, aus welchem sich am Abdomen einer-

[1]) Cohnheim. Allgem. Pathol. pag. 634.

seits die Muskeln mit ihren Fascien, andrerseits der Darmtractus mit seiner Serosa entwickelt. Da eine strenge Scheidung der 3 resp. 4 Keimblätter nicht einmal im normalen Zustande existiert, so kann eine in irgend einem Stadium der embryonalen Entwickelung an der Grenze zwischen fibro-tendinösem und serösem System entstandene Complikation zur Überproduktion oder zur Verirrung von Keimen Veranlassung geben, die durch gelegentliche Ursachen zum Wachstum angeregt werden und zur Bildung von Tumoren führen."

Wir ersehen bereits hieraus, wie verschieden die Ansichten betreffs der Aetiologie dieser Geschwülste sind, und glaube ich von weiteren Details in dieser Beziehung absehen zu dürfen. Wenn nun Sänger, um auch seine Ansicht kurz zu erwähnen, mit Rücksicht auf seine „Desmoiden Geschwülste" unter anderem sagt: „Eine aus jugendlichen Elementen der Bindegewebszellen, also vorwiegend aus einer Zellgattung zusammengesetzte Geschwulst besteht nicht aus embryonalen Bindegewebszellen, sondern aus „embryonoiden" d. h. der Embryonalform ähnlichen Zellen, so kann diese Erklärung doch nur für die homologen Geschwülste der Bindegewebsreihe gelten. Für die Ansicht Grätzers dagegen sprechen alle heterologen Tumoren der Bauchwand.

Es erübrigt nun noch mit wenigen Worten auf die Symptome, Diagnose, Prognose und Behandlung einzugehen.

Wir brauchen nur einen Blick auf die oben mitgeteilten Fälle und im Folgenden auf die unter den Indicationen zur operativen Behandlung angeführten zu werfen, so finden wir, dass diese Geschwülste anfangs entweder die Grösse einer Erbse oder einer Haselnuss hatten; dieselben seien nach Angabe der Patientinnen unter der Haut verschiebbar und auf Druck nicht schmerzhaft gewesen. Nachdem der Tumor dann längere Zeit unverändert blieb, habe derselbe auf einmal an Wachstum rapide zugenommen, und seien damit gleichen Schrittes die bereits bekannten Beschwerden einhergegangen. Das sind im kurzen die Symptome, welche auch in allen übrigen, in der Litteratur verzeichneten Fällen hiebei in ähnlicher Weise zu Tage treten.

Zur Feststellung der Diagnose ist zunächst eine ausführliche Anamnese zu erheben, in welcher wir die eben erwähnten Symptome in Erfahrung bringen. Dann ist auf das Aussehen der Patientin, die sonstige Beschaffenheit der Muskulatur und speziell der Bauchdecken genaue Rücksicht zu nehmen. Bei der Inspection fällt uns sodann eine meistens circumscripte Hervortreibung der Bauchhaut und im Bereiche dieser Prominenz eine mehr oder minder starke Ausbildung von mittleren und kleinsten Venen. Zuweilen wird auch leichtes Oedem an dieser Stelle angetroffen.

Der Percussionsschall ist ein gedämpfter. Bei der Palpation zeigt es sich, dass die Geschwulst von derber, fester Beschaffenheit ist, deren Oberfläche mei-

stens glatt ist. Die Geschwulst zeigt, wenn es sich wie in unserem Falle um ein zum Teil erweichtes Sarcom handelte, deutliche Fluctuation, die von einer Pseudofluctuation, wie sie namentlich bei älteren Lipomen vorkommt, wohl zu unterscheiden ist. Lässt sich die Geschwulst, wie namentlich bei schlaffen Bauchdecken umgreifen, so kann man zuweilen auch feststellen, ob dieselbe weit in die Tiefe geht und ob etwaige Verwachsungen mit inneren Organen vorhanden sind. Ferner verschafft auch die Punktion einige Auskunft.

Differentialdiagnostisch kämen in Betracht eine Hernia ventralis, eine einseitige Hydronephrose, eine Wanderniere, eine Ovarialcyste und ein abgekapselter Abscess. Bei der Hernie haben wir jedoch einen tympanitischen Ton und ausserdem ist meistens die Bruchpforte zu fühlen. Eine Hydronephrose bietet ganz andere anamnestische Anhaltspunkte: Klagen über Harnverhaltung etc. Ferner haben wir deutliche Fluctuation und das Aussehen des betreffenden Individuums ist alterirt. Die Wanderniere lässt bei genauer Palpation deutlich ihre Form erkennen, ausserdem bewirkt sie nie eine so evidente Prominenz. Bei einer Ovariencyste wird uns die Untersuchung per vaginam und die Punktionsflüssigkeit, welche Paralbumin und die bekannten Körnchenzellen (von Drysdal beschriebene ovarian granular cells) eine sichere Auskunft geben. Beim Abscess hilft uns meistens die Punktion über die diagnostischen Schwie-

rigkeiten hinweg. Von anderen Möglichkeiten in differentialdiagnostischer Beziehung sehe ich ab.

Was die Prognose der Bauchdeckentumoren anbetrifft, so kann diese mit Rücksicht auf den meistens gutartigen Charakter derselben als eine relativ günstige bezeichnet werden, d. h. wenn dieselben radical entfernt werden. Anders verhält es sich bei den malignen Tumoren, wenn solche erst spät zu einer Operation gelangen.

Um nun noch von der Therapie dieser Geschwülste Einiges zu erwähnen, glaube ich von der medicamentösen, nur in der vorantiseptischen Zeit noch gebräuchlichen Behandlung, absehen zu können. — Die einzig richtige Behandlung beruht jetzt auf chirurgischem Eingriff. Und zwar sind wir dazu um so mehr berechtigt, als auf Grund der nunmehr streng durchgeführten Antisepsis die Erfolge auf dem chirurgischen Gebiete sich mehr und mehr günstig gestalten. Während früher die Laparotomie als unausführbar galt, oder, wenn ausgeführt, fast unfehlbar zum Tode führte, erzielen die Gynaekologen in der Jetztzeit fast ausnahmslos gute Resultate. Hierbei müssen wir natürlich von den Fällen, wo anderweitige Missstände und Complicationen mit im Spiele waren, die zu Peritonitis u. s. w. geführt haben, absehen.

Die Methode der Operation bei Bauchdecken-Tumoren hier anzuführen, halte ich für überflüssig, teils weil diese aus der Beschreibung bei den einzelnen Fällen klar ist, teils weil in jedem einzelnen Falle kleine Abänderungen möglich und auch zulässig sind.

Im Grunde genommen ist ja diese Operation nichts anderes, als die der Laparotomie.

Ich möchte daher nur noch mit einigen Worten auf den viel wichtigeren Punkt, nämlich auf die Indicationen zur operativen Entfernung der Bauchdecken-Tumoren aufmerksam machen.

Was diese nun anbetrifft, so können dieselben bestehen:

1. In rapidem Wachstum der Geschwulst.

In Sklifossowsky's II. Falle[1]) hatte die Geschwulst den Umfang eines Manneskopfes erreicht. (Circumferenz an der Basis 81 cm, Längsdurchmesser 40 cm, Querdurchmesser 39 cm.

2. In der Malignität derselben. Spiegelbergs Fall.

3. In der Lokalisation.

So kann eine Bauchdecken-Geschwulst ihren Sitz nahe an der Symphyse haben und durch Volumenzunahme a. zu Lageveränderungen der Beckenorgane mit den schwerwiegendsten Folgen führen. — b. Nicht unmöglich, wenn auch in der Litteratur nur unbestimmt angedeutet, ist es, dass sie auch bei der Gravidität hinderlich werden können. In dem von Faye[2]) angeführten Falle handelt es sich um einen „im grossen und kleinen Becken entwickelten umfänglichen Tumor welcher vorwiegend rechts sitzend, und zwar mit

[1]) In der Moskauer Klinik am 26. October 1881 vorgestellt und am 10. November 1882 operiert.

[2]) Fibromyôme volumineux développé aux dépens de la vessie dans le grand et petit bassin ayant opposé à l'accouchement un obstacle très grand. Mort. Nord. medic. Arkiv, III, 1871.

seiner oberen Partie zwischen Fascia transversa und Peritoneum die Blase nach rückwärts und die Beckenorgane nach rechts gedrängt hatte". Es bestand hier gleichzeitig eine Gravidität und hat, wie wir aus dem Abschnitte Fibromyôme . . . . ayant opposé à l'accouchement un obstacle très grand" sehen, der Tumor zum grossen Geburtshindernisse Veranlassung gegeben.

4. In subjektiven Beschwerden:
   a. Behindertsein bei körperlichen Bewegungen,
   b. Druckempfindlichkeit und heftige Schmerzhaftigkeit.

So wünschte in einem von Sänger beschriebenen Falle die Patientin selbst, operiert zu werden, weil sie beim „Bücken, Gehen und Arbeiten sehr behindert sei".

Ebenso hatte in unserm Fall I die Patientin über Schmerzen, die beim Anlegen der Röcke heftiger wurden, zu klagen. Dieselben Beschwerden wurden auch in dem Fürst'schen Falle geäussert.

5. In der Gefahr, dass die Geschwulst bei längerem Bestehen vereitern, in andere lebenswichtige Organe durchbrechen und eventl. zu Metastasen resp. Pyaemie führen könnte.

Zum Schluss der Arbeit sei es mir gestattet, meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Geheimen Medicinal-Rath Prof. Dr. Pernice für die Überweisung des Themas und für die gütige Unterstützung, sowie dem Herrn Prof. Dr. Grawitz für die bereitwillige Hilfe bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung meinen innigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Archiv für Gynaekologie. Band XXIV.
2. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie. Band XIV.
3. Graetzer: „Die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand.“ Inaug.-Dissertation. Breslau 1879.
4. Schriften der Universität Kiel 1875. Ernst Suadicani: „Ueber die Geschwülste in den Bauchdecken und deren Exstirpation.“ Inaug.-Dissertation. Kiel 1875.
5. Medicinische Wochenschrift. Jahrg. X. „Zur Casuistik der bindegewebigen Neubildungen der Bauchdecken.“ Vortrag von Dr. R. Bruntzel. 1884.

Vita.

Johannes Pellowski, katholischer Konfession, Sohn des Lehrers Ignaz Pellowski zu Berent und dessen Ehefrau Anna, geb. Pianowska, wurde am 15. October 1862 zu Berent, Regb. Danzig geboren. Den ersten Unterricht genoss er in seiner Vaterstadt, die Gymnasialbildung zuerst auf dem Collegium-Marianum zu Pelplin, dann in seinem Heimathsorte Berent und verliess Ostern 1884 das Königl. Gymnasium zu Konitz mit dem Zeugniss der Reife. Um Medicin zu studiren bezog er die Universität Greifswald Michaelis 1884 und wurde unter dem Rektorate des Herrn Prof. Dr. Schuppe immatrikulirt und von dem derzeitigen Dekan Herrn Prof. Dr. Schirmer in das Album der medicinischen Facultät eingetragen. Das tentamen physicum bestand er im Wintersemester 1887, das examen rigorosum am 28. Februar 1889.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

Prof. Dr. Arndt, Prof. Dr. A. Budge†, Geh. R. Prof. Dr. Budge†,
Prof. Dr. Eichstaedt, Prof. Dr. von Feilitzsch †,
Prof. Dr. Gerstaecker, Prof. Dr. Grawitz, Prof. Dr. Helferich,
Prof. Dr. Holtz, Prof. Dr. Krabler,
Geh. R. Prof. Dr. Landois, Geh. R. Prof. Dr. Limpricht,
Dr. Loebker, Prof. Dr. Loeffler, Geh. R. Prof. Dr. Mosler,
Geh. R. Prof. Dr. Pernice, Dr. Peiper, Prof. Dr. von Preuschen,
Prof. Dr. Rinne, Prof. Dr. Schirmer, Prof. Dr. Schmitz,
Prof. Dr. Schulz. Prof. Dr. Sommer, Dr. Strübing,
Prof. Dr. Solger.

Allen diesen hochverehrten Herrn, welche zu seiner Ausbildung beigetragen, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen besten Dank aus.

Thesen.

I.

Im Anfangsstadium der Pneumonie sind in geeigneten Fällen Blutentziehungen nicht zu verwerfen.

II.

Eisen ist in kleinen Dosen in Anwendung zu ziehen.

III.

Bei nach hinten stehender kleiner Fontanelle ist der Kopf in dieser Stellung zu extrahiren.